

## Contrato de Admisión & Evaluación de Salud del Niño

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de inscripción: (mes/día/año) \_\_\_\_\_  
Sobrenombre/apodo: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (mes/día/año) \_\_\_\_\_ Marque uno: *Niño* *Niña*  
Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Nombre de la madre/tutora: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_  
Nombre del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

### Contactos de emergencia (aparte de los padres) y personas autorizadas para recoger al niño

<b>Nombre</b>	<b>Relación con el niño</b>	<b>Dirección</b>	<b>Numero de teléfono</b>

Marque aquí si no tiene contactos de emergencia disponibles, aparte de los padres.  
 Marque aquí si no tiene personas autorizadas para recoger al niño, aparte de los padres.

### Permisos otorgados por uno de los padres/tutores:

En caso de emergencia o una enfermedad seria, cuando los padres no puedan ser contactados de inmediato, yo por medio de la presente autorizo a la proveedora a obtener cuidados médicos de emergencia y/o proveer transportación médica de emergencia para mi niño.

\_\_\_\_\_  
*Firma de uno de los padres o tutores* \_\_\_\_\_  
*Fecha (mes/día/año)*

Por medio de la presente otorgo permiso a la proveedora de transportar a mi hijo/a en su vehículo en los siguientes casos (opcional):

Hacia y desde la escuela       En paseos       Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma de uno de los padres o tutores* \_\_\_\_\_  
*Fecha (mes/día/año)*

\* Esta forma debe llenarse individualmente por **cada niño** registrado.

**(Vea el reverso de la hoja para la evaluación de salud requerida)**

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.

# Evaluación de Salud del Niño

Favor de escribir claramente

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: (mes/día/año) \_\_\_\_\_

## Marque todo lo que aplique

¿Tiene su niño/a alguna alergia conocida o sensibilidades a?:

	No	Si	En caso de que si, por favor nómbrelas
¿Medicinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Comidas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
¿Otro?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

## Enfermedades o condiciones médicas

¿Tiene su niño/a algo de lo siguiente?

	No	Si		No	Si
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas con la visión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retrasos en el desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ataques repentinos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Impedimentos físicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de comportamiento o emocionales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problemas de audición	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro: _____		

Favor de compartir información de salud adicional o instrucciones especiales que usted sienta que yo deba saber:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Escriba cualquier medicina regular que su niño/a tome: \_\_\_\_\_

El nombre del proveedor medico del niño/a: \_\_\_\_\_

El número de teléfono y dirección del proveedor medico: \_\_\_\_\_

El nombre del dentista del niño/a: \_\_\_\_\_

El número de teléfono y dirección del dentista: \_\_\_\_\_

Fecha del ultimo examen médico del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha del ultimo examen dental del niño/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de uno de los padres o tutores

\_\_\_\_\_  
Fecha (mes/día/año)

=====

Esta evaluación de salud del niño debe revisarse y actualizarse **anualmente** por uno de los padres/tutores y cualquier cambio debe ser registrado.

Iniciales del padre: \_\_\_\_\_ Fecha de revisión: \_\_\_\_\_

Esta forma es proveída con propósitos de asistencia técnica únicamente. Las proveedoras pueden usar esta forma si así lo desean, pero **no** es un requisito usarla.